ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 22–22

Date de publication : 15 novembre 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
SAISON GRIPPALE 1995-1996 : DIAGNOSTICS PORTÉS PAR LES LABORATOIRES CANADIENS ET CARACTÉRISATION DES SOUCHES VIRALES	F-1	185—189
ANALYSE ANTIGÉNIQUE D'ISOLEMENTS RÉCENTS DE VIRUS GRIPPAL ET ACTIVITÉ GRIPPALE DANS L'HÉMISPHÈRE AUSTRAL	F-4	189
SURVEILLANCE DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB — ÉTATS-UNIS	F-5	189–191
MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB — SUISSE	F-6	191
ANNONCE	F-6	192

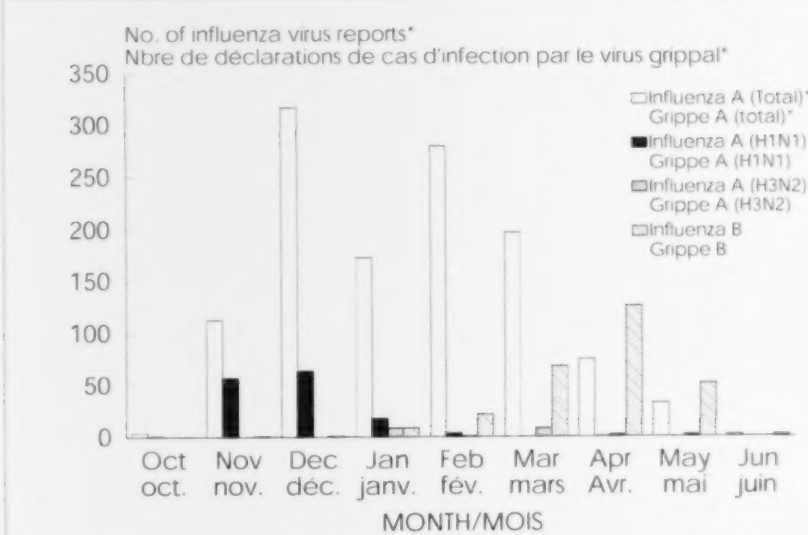
Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

SAISON GRIPPALE 1995-1996 : DIAGNOSTICS PORTÉS PAR LES LABORATOIRES CANADIENS ET CARACTÉRISATION DES SOUCHES VIRALES

Introduction

De concert avec les laboratoires collaborateurs internationaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des laboratoires provinciaux et d'autres laboratoires de virologie universitaires et hospitaliers canadiens, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) assure une surveillance nationale des virus de la grippe humaine. Son programme de surveillance permet de suivre l'évolution de l'activité grippale, de détecter et de décrire les changements antigéniques des souches virales en circulation au Canada et d'estimer, au moyen d'enquêtes sérologiques périodiques, la sensibilité tant aux souches en circulation qu'aux nouvelles souches. Le LLCM communique ensuite aux centres collaborateurs de l'OMS les données de surveillance de la grippe et les données d'identification des souches représentatives courantes, afin d'accroître l'efficacité de la surveillance de la grippe à l'échelle mondiale.

Figure 1
Infections par le virus grippal humain d'après les données de laboratoire, Canada, saison 1995-1996



* includes A(H1N1), A(H3N2), and non-typed
inclut A(H1N1), A(H3N2) et des souches non typées

Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02716/

Activité grippale

La figure 1 présente la répartition par mois du nombre de cas de grippe qui ont été confirmés par isolement du virus, par détection de l'antigène ou par sérologie et signalés par 32 des 39 laboratoires participant au Programme canadien de déclaration des virus. Ce programme de surveillance vise tous les cas de maladies virales diagnostiqués en laboratoire. Au Canada, la saison grippale s'est échelonnée de fin novembre 1995 et à fin juin 1996, et au moins un isolat de virus grippal a aussi été soumis au cours de chacun des mois compris entre juillet et octobre 1995. Entre novembre 1995 et juin 1996, 281 cas de grippe de type B ont été déclarés, et c'est en avril que le virus a été le plus actif (126 cas). Au cours de cette même période, 1 190 cas de grippe de type A et de sous-types A ont aussi été déclarés. Les données du Programme de surveillance des virus respiratoires créé par le Bureau des maladies infectieuses au LLCM coïncident assez bien avec celles de la figure 1.

Tableau 1
Caractérization des souches dans les isolats de visu grippal au Canada (soumis au LLCM entre le 22 novembre 1995 et 28 juin 1996)

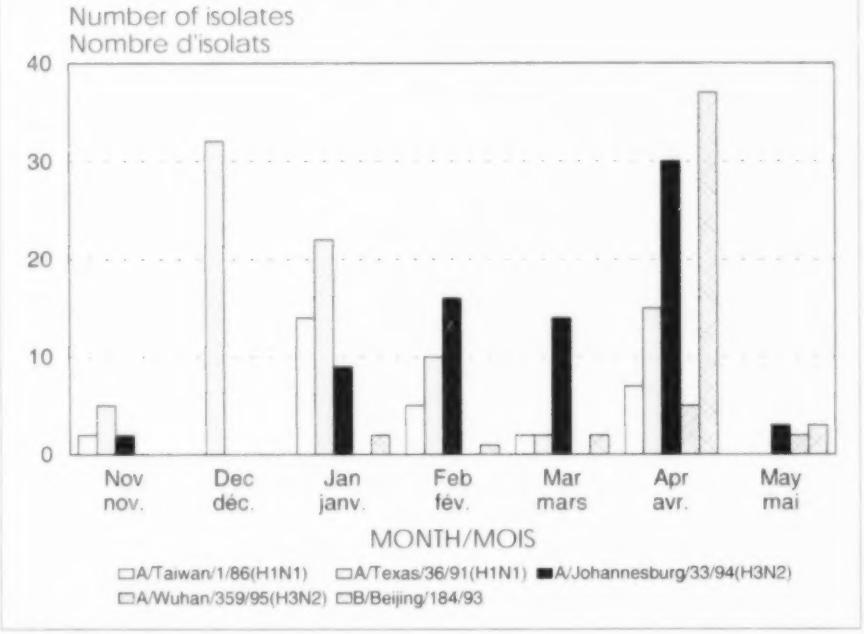
GRIPPE	PROVINCE										
	TN	IPE	NE	NB	Qué	Ont	Man	Sask	Alb	CB	Total
TYPE A (H1N1)											
A/TAIWAN/1/86-like			1	1	4	6	7	5	2	3	29
A/TEXAS/36/91-like*			3		25	20	11	13	3	12	87
TYPE A (H3N2)											
A/JOHANNESBURG/33/94-like**	3		6	4	24	13	3	4	10	5	72
A/WUHAN/359/95-like***					3	1	3			2	9
TOTAL A	3		10	5	56	40	24	22	15	22	197
TYPE B											
B/BEIJING/184/93****					6	14	5	6	6	5	42
TOTAL B					6	14	5	6	6	5	42
TOTAL A and B	3		10	5	62	54	29	28	21	27	239

* A/Texas/36/91 est la composante (H1N1) du vaccin de 1995-1996 et A/Taiwan/1/86 est très proche de A/Texas/36/91.
** Dans le vaccin antigrippal de la saison 1995-1996, la composante A(H3N2) était un virus analogue à A/Johannesburg/33/94.
*** A/Wuhan/359/95 est la souche de grippe A(H3N2) recommandée par l'OMS pour le vaccin antigrippal en 1996-1997.
**** B/Beijing/184/93 est la souche de grippe B recommandée par l'OMS pour le vaccin antigrippal en 1995-1996. Les souches B/Beijing/184/93 et B/Harbin/7/94 ne peuvent être distinguées sur le plan antigénique.

Caractérisation des souches

Le tableau 1 indique la province d'origine ainsi que l'identité des isolats soumis qui ont été caractérisés au LLCM, alors que la figure 2 montre les changements dans les souches grippales, par mois de soumission au LLCM, à mesure que la saison avançait. La plupart des isolats de souches de type A reçus au début de la saison étaient analogues à A/Texas/36/91(H1N1), alors que la plupart de ceux qui ont été reçus en fin de saison étaient analogues à A/Johannesburg/33/94 (H3N2). On a également identifié des souches analogues à A/Taiwan/1/86(H1N1) au début de la saison. Des isolats analogues à la variante antigénique A/Wuhan/359/95(H3N2) sont apparus plus tard en avril et mai 1996. Deux

Figure 2
Caractérisation par le LLCM des isolats de virus grippal, selon le mois de leur soumission, au cours de la saison 1995–1996



des isolats de souches analogues à A/Wuhan/359/95 ont ultérieurement été caractérisés aux *Centers for Disease Control and Prevention* comme étant analogues à A/Alaska/10/95, une souche apparentée à A/Wuhan/ 359/95. Tous les isolats de souches grippales de type B reçus étaient analogues à B/Beijing/184/93, et la majorité ont été soumis en avril 1996.

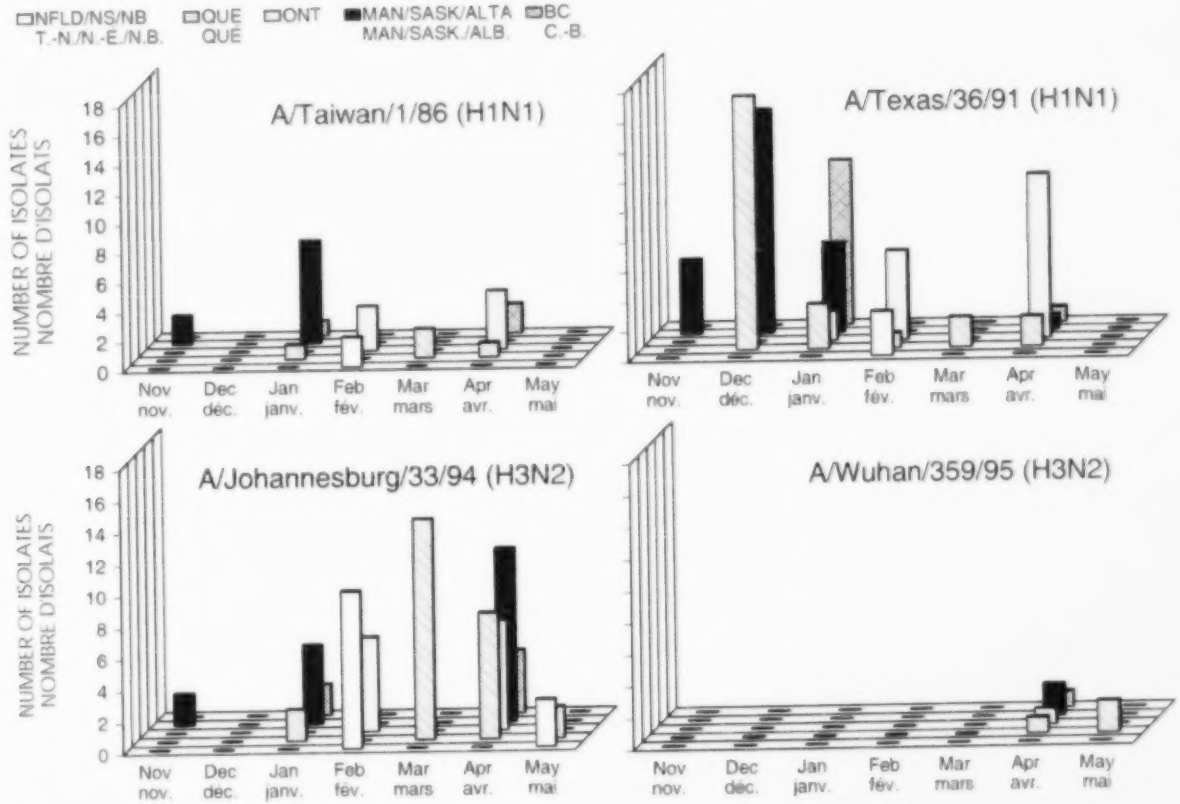
La figure 3 montre la répartition par mois des isolats de souches de type A reçus des différentes régions du Canada, à mesure que la saison avançait. Des isolats des quatres souches ont été reçus en premier des provinces des Prairies. De plus, des souches analogues à A/Wuhan/359/95(H3N2) sont apparues dans toutes les régions sauf l'Atlantique en avril 1996, ce qui laisse croire que le virus est arrivé en même temps dans différentes régions du Canada ou encore qu'il s'est propagé très rapidement après son arrivée au pays.

Analyse

Au Canada, la saison grippale 1995-1996 a commencé plus tôt et elle s'est terminée plus tôt que la saison précédente[1]. Les souches virales prédominantes étaient semblables sur le plan antigénique aux souches vaccinales[2]. Les souches analogues à A/Taiwan/1/86 ont dominé parmi les isolats H1N1 au Canada, de la saison 1987-1988 à la saison 1991-1992, et elles sont réapparues avec les souches analogues à A/Texas/36/91 au cours de la saison 1995-1996 (tableau 1); cependant, les souches analogues sur le plan antigénique à A/Taiwan/1/86 sont étroitement apparentées à la souche vaccinale analogue à A/Texas/36/91. B/Beijing/184/93 a été la souche de type B incluse dans le vaccin antigrippal de 1995-1996, comme ce que recommandait l'OMS, et elle est identique sur le plan antigénique à B/Harbin/7/94.

Les virus grippaux A(H3N2), A(H1N1) et B ont continué de circuler partout dans le monde[3]. La plupart des isolats de type A étaient semblables à A/Johannesburg/33/94, qui a été la souche de type A(H3N2) incluse dans le vaccin antigrippal de 1995-1996, mais un nombre croissant des souches de type A(H3N2) récemment isolées en provenance d'Asie, d'Europe et d'Amérique du Nord étaient semblables à la variante antigénique A/Wuhan/359/95. Presque tous (98 %) les virus grippaux de type

Figure 3
Influenza A virus isolates characterized at LCDC by month of submission and region
Caractérisation par le LLCM des isolats de virus grippal A, selon le mois de leur soumission et la région



A(H1N1) qui ont été caractérisés étaient semblables aux souches de référence A/Taiwan/1/86 et A/Texas/36/91[3]. Des virus grippaux de type B caractérisés et isolés récemment en Asie, en Europe et aux États-Unis étaient semblables aux souches de référence B/Beijing/184/93 et B/Harbin/7/94, qui sont identiques sur le plan antigénique[3].

En 1995-1996, la situation au Canada a été semblable à la situation connue dans le monde. Le Comité consultatif national de l'immunisation a recommandé d'inclure dans les vaccins antigrippaux trivalents de la saison 1996-1997 une souche analogue à A/Wuhan/359/95(H3N2), une souche analogue à A/Texas/36/91(H1N1) et une souche analogue à B/Beijing/184/93[4].

Remerciements

L'efficacité du système de surveillance repose en grande partie sur la collaboration des laboratoires participant au Programme canadien de déclaration des virus ainsi que des laboratoires des provinces et des hôpitaux, qui expédient rapidement des isolats représentatifs du virus de la grippe.

Les centres suivants ont soumis des isolats de virus grippal :

British Columbia Centre for Disease Control, Virology Services, Vancouver (C.-B.);

Provincial Laboratory of Public Health for Southern Alberta, Calgary (Alberta);

Saskatchewan Public Health Laboratory, Laboratory and Disease Control Services Branch, Regina (Saskatchewan);

Cadham Provincial Laboratory, Winnipeg (Manitoba);

Regional Public Health Laboratory, Laboratory Services Branch, Virus Laboratory, Toronto (Ontario);

Laboratoire de santé publique du Québec, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec);

Hôpital G.L. Dumont, Moncton (Nouveau-Brunswick);

Victoria General Hospital, Halifax (Nouvelle-Écosse);

Provincial Public Health Laboratory, St. John's (Terre-Neuve).

Carol Stanfield du LLCM a effectué le typage des souches du virus grippal.

Références

1. Weber JM. *Saison grippale 1994-1995 : diagnostics portés par les laboratoires canadiens et caractérisation des souches virales*. RMTC 1995;21:181-85.
2. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1995-1996*. RMTC 1995;21:105-13.
3. CDC. *Update : Influenza activity - United States and Worldwide, 1995-96 season, and composition of the 1996-97 influenza vaccine*. MMWR 1996;45:326-29.
4. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1996-1997*. RMTC 1996;22:89-97.

Source : *S Zou, PhD, J Weber, PhD, Surveillance, grippe et exanthèmes viraux, Laboratoire national pour les pathogènes spéciaux, Bureau de microbiologie, LLCM, Ottawa (Ontario).*

Notes internationales

ANALYSE ANTIGÉNIQUE D'ISOLEMENTS RÉCENTS DE VIRUS GRIPPAL ET ACTIVITÉ GRIPPALE DANS L'HÉMISPHÈRE AUSTRAL

Depuis la parution des recommandations relatives au vaccin antigrippal pour la saison 1996-1997, les Centres collaborateurs de l'OMS ont procédé à la caractérisation antigénique d'isolements de virus grippaux en provenance d'Afrique, des Amériques, d'Asie, d'Europe et d'Océanie.

Ce sont les isolements de virus grippal A qui ont prédominé. Les virus grippaux A(H3N2) et A(H1N1) ont été tous deux isolés dans des pays d'Asie, d'Europe et d'Amérique du Nord. Les isolements de virus grippaux B, en petit nombre lors des pics d'activité grippale de décembre et de janvier, ont été plus nombreux en février et mars. En majorité, les virus grippaux isolés dans l'hémisphère nord étaient antigéniquement très proches des souches vaccinales recommandées pour la saison 1995-1996. Les isolements de virus grippal A(H3N2) étaient en majorité analogues à A/Johannesburg/33/95; la proportion d'isolements analogues à A/Wuhan/359/95 a augmenté en 1996. La plupart des isolements de virus grippaux A(H1N1) étaient analogues à A/Singapore/6/86 et A/Texas/36/91; des virus analogues à un variant antigéniquement distinct représenté par A/Wuhan/371/95 n'ont été isolés qu'en Chine et à Hong Kong. La majorité des isolements de virus grippaux B étaient analogues à B/Beijing/184/93 et B/Harbin/7/94.

L'activité grippale dans l'hémisphère austral a en général été modérée à forte; la Nouvelle-Zélande, en particulier, a connu une sérieuse épidémie. La grippe A(H3N2) a prédominé dans la plupart des pays, provoquant des flambées en Afrique du Sud, en Argentine, en Australie, au Chili, à Madagascar et en Nouvelle-Zélande. On a également signalé des isolements de virus au Brésil et au Sénégal. La majorité des isolements de virus A(H3N2) étaient antigéniquement analogues à A/Wuhan/359/95. Des flambées de grippe A(H1N1) se sont produites en Afrique du Sud et au Chili. L'incidence de la grippe B a été faible.

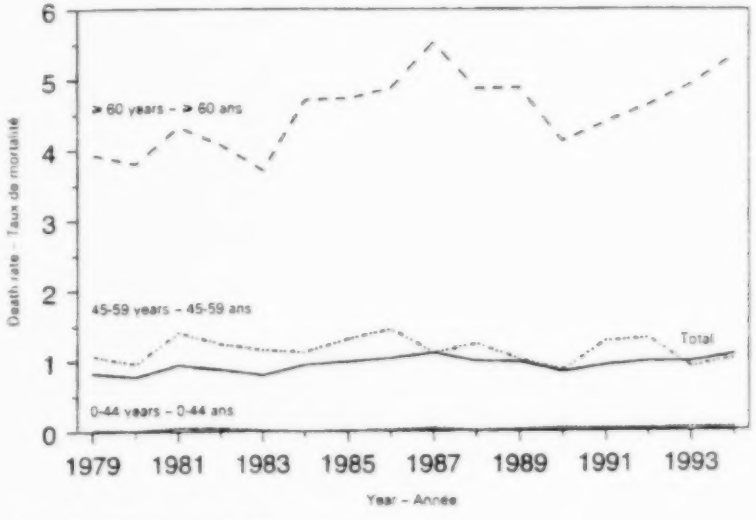
Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 39, 1996.*

SURVEILLANCE DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB — ÉTATS-UNIS

Aux États-Unis, les décès associés à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) parmi les personnes âgées de < 30 ans ont été extrêmement rares (âge médian au moment du décès : 68 ans). À la suite de la description de la nouvelle variante de la MCJ au Royaume-Uni, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont mis à jour leur précédent bilan de la mortalité nationale par MCJ et entrepris une surveillance active de la MCJ dans cinq sites. Ces études n'ont pas permis de mettre en évidence l'apparition de la variante récemment décrite de MCJ aux États-Unis.

Sur la base des données relatives aux causes multiples de mortalité obtenues par le *National Center for Health Statistics* des CDC, les taux annuels de mortalité pour la MCJ entre 1979 et 1994 sont restés stables, à approximativement un cas par million d'habitants (figure 1). Les données pour 1979-1993 sont définitives; les données pour 1994 sont provisoires.

Figure 1
Taux de mortalité[a] selon l'âge pour la maladie de Creutzfeldt-Jakob, États-Unis, 1979-1994[b]



[a] Per million population. - Par million d'habitants.
[b] Data for 1994 are provisional. - Les données pour 1994 sont provisoires.

Le nombre de décès imputés à la MCJ chez les personnes de < 45 ans était compris entre zéro en 1984 et huit en 1981 et 1993. Pour la plupart des années, aucun décès associé à la MCJ n'a été signalé chez des personnes de < 30 ans; il n'y a aucune année où soit survenu plus d'un décès. Entre 1990 et 1994, la MCJ a été codée comme cause de décès sur le certificat de décès pour deux personnes âgées de < 30 ans. L'une d'elles est décédée en 1993 et avait été précédemment identifiée comme devant faire l'objet d'une surveillance continue de la MCJ parce qu'elle avait reçu de l'hormone de croissance humaine; l'autre est décédée en 1994, mais a été exclue de l'analyse car l'étude de suivi a révélé que l'autopsie n'avait pas confirmé le diagnostic initial de MCJ mais indiquait une prolifération lymphocytaire T diffuse.

Surveillance active de la MCJ

Début avril 1996, une surveillance active de la variante nouvellement décrite de la MCJ et des cas de MCJ diagnostiqués par un médecin a été mise in place dans quatre sites (Connecticut, Minnesota, Oregon et région de la Baie de San Francisco en Californie), ainsi qu'à la Division de Santé publique de Département de Ressources humaines de Géorgie, en collaboration avec le projet de surveillance active de la ville d'Atlanta (population totale en 1993 dans ces régions : 16,3 millions d'habitants). Les décès par MCJ ont été définis comme tout décès que les équipes de surveillance placées dans chacun de ces cinq sites auraient identifié comme ayant été attribué à la MCJ par un médecin. Les activités de surveillance comprenaient l'examen des données figurant sur les certificats de décès au cours de la période 1991-1995 et des contacts par téléphone, courrier ou télécopie avec des neurologues, des neuropathologistes et des pathologistes afin de repérer les patients décédés de la MCJ entre 1991 et 1995. Environ 800 neurologues et neuropathologistes, représentant 92 % à 100 % de ces spécialistes dans les zones de surveillance, et plus de 90 % des patholo- gistes de trois zones ont été contactés. En outre, les dossiers cliniques et neuropathologiques de chaque patient atteint de MCJ âgé de < 55 ans ont été recherchés et examinés.

Au total, 94 décès imputés à la MCJ ont été identifiés dans les zones placées sous surveillance active entre 1991 et 1995. Le nombre annuel de décès par MCJ est resté stable (moyenne : 19; amplitude : 18 à 19) et le taux moyen annuel de mortalité par MCJ s'est élevé à 1,2 (amplitude par site : 0,7 à 1,7) par million d'habitants (tableau 1). Neuf (10 %) des 94 patients étaient âgés de < 55 ans, un sur neuf était âgé de < 45 ans, et aucun n'était âgé de < 30 ans, ce qui correspond au tableau national de mortalité par MCJ.

L'examen des dossiers cliniques et neuropathologiques des neuf patients âgés de < 55 ans n'a permis d'en associer aucun avec la variante de la MCJ. Une biopsie cérébrale a été effectuée pour le seul patient décédé âgé de < 45 ans, et une autopsie a été effectuée pour quatre des huit autres. Une personne pour laquelle on ne disposait pas de biopsie cérébrale ni d'autopsie appartenait à une

famille souffrant d'une anomalie génétique connue associée à la MCJ.

Un autre patient âgé de < 45 ans, décédé au début de 1996, a été identifié par les équipes de surveillance. Ses antécédents cliniques étaient semblables à la description de la nouvelle variante de MCJ, mais la pathologie cérébrale découverte à l'autopsie ne correspondait pas à ce diagnostic.

Sur les 94 décès par MCJ, 81 (86 %) ont été identifiés par l'examen des certificats de décès. Pour les 13 décès identifiés uniquement à travers l'enquête auprès des neurologues, neuropathologistes ou pathologistes, le certificat de décès soit n'était pas codé pour la MCJ, soit n'avait pas encore été enregistré.

Tableau 1
Nombre de décès par maladie de Creuztfeldt-Jakob, par année et par classe d'âge, et taux moyen annuel de mortalité[a], par classe d'âge, sites de surveillance active[b], États-Unis, 1991-1995

Année	Classe d'âge (années)		
	< 55	≥ 55	Total
1991	2	17	19
1992	2[c]	17	19
1993	1	17	16
1994	1	18	19
1995	3	16	19
Total	**9**	**85**	**94**
Taux	0.1	5.3	1.2

[a] Par million d'habitants.
[b] Connecticut, Minnesota, Oregon et Region de la Baie de San Francisco, en Californie, et Division de la Santé publique, Département des Ressources humaines de Georgie, ainsi que le Projet de surveillance active de la ville d'Atlanta (population totale en 1993 dans ces zones: 16,3 millions d'habitants).
[c] Un cas survenu chez une personne de < 45 ans.

Source : *Relevé épidemiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 36, 1996.*

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB — SUISSE

Au total, 43 cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ont été annoncés à l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) pour la période de 1991 à 1995. Pendant cette période, l'incidence de la MCJ est restée stable dans le pays, soit en moyenne 1,2 cas par million d'habitants. Dans 80 % des cas, le diagnostic a été confirmé par autopsie. On sait que les personnes sont décédées dans 95 % des cas. L'âge moyen des personnes touchées était de 66 ans, la moitié d'entre elles (49 %) étant des hommes. La personne la plus jeune avait 43 ans; elle est décédée en 1992. L'incidence de la MCJ en Suisse est comparable à celle que connaissent d'autres pays européens comme l'Allemagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

La discussion à propos d'une éventuelle transmission de l'encéphalopathie spongiforme bovine à l'homme s'est exacerbée depuis le 20 mars 1996, lorsque le gouvernement britannique a annoncé officiellement 10 cas d'une variante de la MCJ chez des personnes de < 42 ans. Aucun cas de maladie correspondant à cette nouvelle variante de la MCJ n'a encore été annoncé à l'OFSP.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, no 32, 1996.*

Annonce

LE LLCM INAUGURE UN NOUVEAU SITE WEB : http://www:hwc.ca/hpb/lcdc

Le nouveau site WEB du LLCM, qui a été inauguré le 24 octobre 1996, est un site canadien de première importance dans le domaine de la santé publique. Il contient de l'information concernant la surveillance et la lutte contre les maladies, des lignes directrices relatives à la prévention de la maladie, des avis sur les risques pour la santé et de l'information sur la santé à l'intention des voyageurs, les publications du LLCM diffusées depuis 1995, dont les Maladies chroniques au Canada, le SIDA au Canada, le Bulletin du Système canadien hospitalier de recherche et de prévention des traumatismes (SCHIRPT), le Relevé des maladies transmissibles au Canada, La rougeole: mise à jour, La santé de la famille agricole, de même que des descriptions des programmes d'épidémiologie et de laboratoire du LLCM.

Ce site fournit également des liens à d'autres sites en santé publique au Canada ainsi qu'à des bulletins internationaux dans ce domaine. Il s'agit en quelque sorte d'une bibliothèque numérique, c'est-à-dire une collection de documents accessibles à toutes les personnes qui ont accès à Internet. Une visite de notre site vous permettra d'obtenir une grande variété d'information sur la santé publique.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	D[r] John Spika	(613) 957-4243
	D[r] Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditrice	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Agent des abonnements	N[o] de téléphone :	(613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne	Télécopieur	(613) 523-0937
B.P. 8650		
Ottawa (Canada) K1G 0G8		

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger
© Ministre de la Santé 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hwc.ca/hpb/lcdc.